

## アメーバ性大腸炎の診断と内視鏡的検討

内田 純一, 木原 彊, 佐藤 一樹, 武田 昌治, 村上 三枝, 細部 雅代, 大谷 公彦, 鴨井 隆一, 加藤 智弘, 小塚 一史, 藤村 宜憲, 星加 和徳, 初鹿 了\*, 清水 泉太\*, 大山 文男\*, 沖野 哲也\*, 加藤 宣博\*\*

アメーバ性大腸炎を過去13年間で8例経験した。症例は男性7例と、女性1例。主訴は粘血便か血便。5例に海外渡航歴あり。診断は1例が既往歴と内視鏡で、1例が抗体法で、残りの6例が粘血便か生検組織の鏡検で赤痢アメーバ栄養型または嚢子を検出して確定した。また生検のH.E.染色標本からの原虫検出率は4/6例(67%)であった。病変は全例直腸に存在し、1例盲腸にも認めた。内視鏡的には出血、発赤、びらん、潰瘍、浮腫状ひだ隆起を認め、5例で病巣間に健常粘膜に近い像をみた。なかでも多発生のタコ疣状・アフタ様のびらん・潰瘍と出血が散在性に目立つこと、Houston弁や直腸下部(Rb)の粘膜が非常に凹凸浮腫状でその表面にもびらん・潰瘍が存在することが特徴的であった。

(平成2年10月5日採用)

### Diagnosis and Endoscopic Investigation of Amebic Colitis

Junichi Uchida, Tsuyoshi Kihara, Ichiki Sato, Masaharu Takeda, Mie Murakami, Masayo Hosobe, Kimihiko Otani, Ryuichi Kamoi, Tomohiro Kato, Kazushi Kozuka, Yoshinori Fujimura, Kazunori Hoshika, Ryo Hatsushika\*, Motota Shimizu\*, Fumio Ohyama\*, Tetsuya Okino\* and Nobuhiro Kato\*\*

Eight cases of amebic colitis have been diagnosed at Kawasaki Medical School Hospital during the last thirteen years. Seven were male and one was female. The chief complaint of all cases was mucobloody or bloody stools. Five cases had a history of overseas travel. Amebic colitis was diagnosed by a past history of this disease and endoscopic findings in one case, by a serological test using the Ouchterlony method in another case, and by detection of trophozoite and/or cyst of *Entamoeba histolytica* in mucobloody stools and/or biopsy specimens in the remaining cases. Detectability of protozoa in biopsy specimens with hematoxylin-eosin stain was 4/6(67%). The lesions of all cases were located in the rectum, but in one case they were also observed in the cecum. Endoscopic fundamental findings were hemorrhage, redness, erosion, ulcer and protruded edematous folds. Intervening mucosa among the lesions were almost normal in five cases. Particularly characteristic of this condition were scattering of multiple varioliform or aphthoid erosions/

川崎医科大学 内科消化器部門II  
〒701-01 倉敷市松島577

Division of Gastroenterology, Department of Medicine,  
Kawasaki Medical School: 577 Matsushima, Kurashiki,  
Okayama, 701-01 Japan

\* 同 寄生虫学教室  
\*\* 岡山県児島医師会

Department of Parasitology  
Kojima Medical Association

ulcers and streaks of hemorrhage, and the presence of very uneven edematous mucosa with tiny erosions/ulcers in Houston's valve and the lower rectum (Rb).

(Accepted on October 5, 1990) *Kawasaki Igakkaishi* 16 (3・4): 248-255, 1990

**Key Words** ① Amebic colitis ② Endoscopy ③ Mucobloody stool  
④ Stool examination

はじめに

赤痢アメーバ症<sup>1)~3)</sup>のうち腸アメーバ症(アメーバ赤痢, アメーバ性大腸炎<sup>4)</sup>)は, 戦後国内にも多数の発生をみた. その後, 漸次減少し1967年から1978年までは厚生省伝染病統計による年間報告例は十数例前後となったが, 1979年以降は再び増加して, 1985年には137例となった. ここ4, 5年はやや減少傾向にあり(Fig. 1)<sup>5), 6)</sup>急性の粘血下痢と高熱などの全身症状を伴った

「赤痢」という症例より, 慢性で症状の軽い例も多く報告され, 診断が遅れたり潰瘍性大腸炎と誤診される可能性がある.<sup>7)</sup> 当院内視鏡センターで1989年までの過去13年間に8例のアメーバ性大腸炎を経験したので, その診断と大腸内視鏡所見について検討を加えた.

症例と診断方法 (Table 1)

内科消化器部門II外来患者で粘液便, 粘血液便, 慢性下痢などからアメーバ赤痢を疑い, 外来診療または入院後に寄生虫学教室に病原性原虫類の検便依頼をした症例は男性 262例, 女性 147例で, そのうち5例に赤痢アメーバ栄養型が検出され, アメーバ赤痢と外来で診断され入院治療を受けた. 症例7は栄養型は証明できなかったがアメーバ赤痢を強く疑い入院後に診断できた. 診断方法は排便後速やかに粘液, 粘血の部分に直接塗抹し標本作製, 鏡検した. 嚢子はMGL集卵法を行い鏡検した. 血清診断は大阪市立大学医学部医動物学教室にてオクタローニ法で行われた.

成績

8例のまとめは Table 1 のごとくである. 主訴はいずれも粘血便か血便で, 症例1と症例8は太平洋戦争中に外地に居留し粘血便の既往があっ

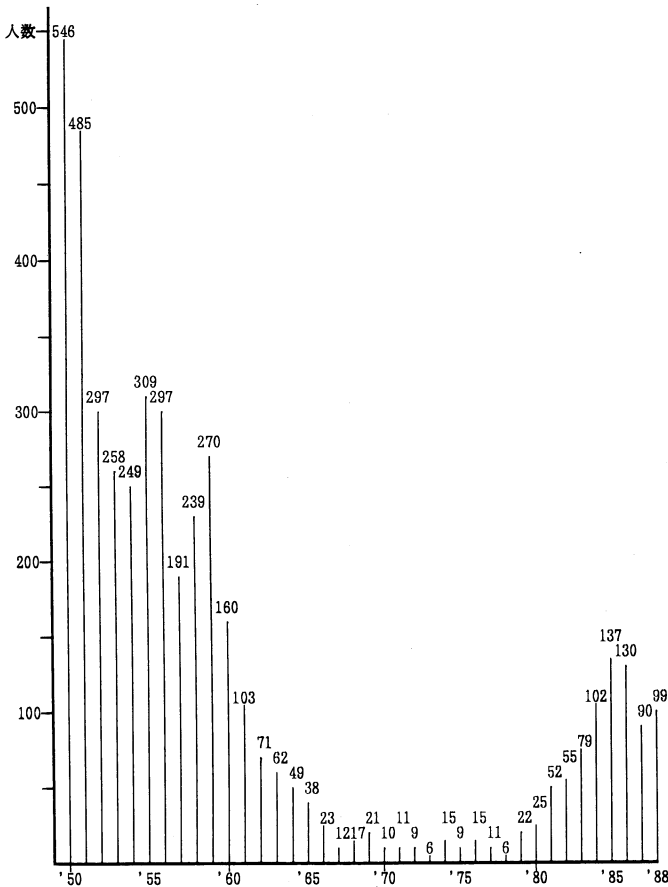


Fig. 1. Chronological incidence of amebic dysentery in Japan

Table 1. Clinical and endoscopic summary

症 例	1	2	3	4	5	6	7	8	
発 症 年	'78	'79	'84	'84	'84 '85	'86	'86	'88	
年 齢 ・ 性 別	54M	27M	33M	50M	50M	55M	34F	68M	
診 断	栄 養 型 囊 子 体 抗 体	+	-	+	-	+	+	-	+
		+	-	+	-	-	-	+	+
内 視 鏡 所 見	部 位	R	R	R	R	R	R	R	RC
	び ら ん 潰 瘍	+?	+	+?	タコ疣	+	+	+	アフタ
	潰 瘍 出 血	+	-	-	+	+	+	-	+
	凹 凸 浮 腫	+	+	+	-	+	+	-	点 状
	健 常 粘 膜	-	-	+	+	-	+	+	+
海 外 渡 航 歴	シベリ ヤ抑留	インド	東 南 ア ジ ア	台 湾	-	-	-	中 支	
そ の 他		NZ人	添 乗 員	肝 膿 瘍	再 発	友 人 ア 赤			
症 状	粘 / 血 便 発 熱	/+	/+	+/+	+/+	+/+	+/+	+/+	
診 断 までの 期 間	2 週 間	4 日	3 カ 月	4 週 間	6 週 間	6 週 間	7 週 間	約 7 年	
前 医 診 断 名	赤 痢		UC				UC	UC	

NZ : New Zealand, R : Rectum, C : Cecum, UC : Ulcerative colitis

た。症例2はニュージーランド人で初診の7カ月前のインド旅行後に血便があり、その時ロンドンのHospital of Tropical Medicineでアメーバ赤痢と診断され治療を受けて来日したので、今回は原虫が発見されなかったが、病歴と内視鏡所見で診断した。さらに症例3は添乗員として、症例4は観光客として海外旅行の既往があった。海外渡航歴のない3人のうちの1人は、患者の男性の友人も他医で同時期にアメーバ赤痢と診断されたが、同性愛については確認できていない。全例梅毒反応(TPHA)は陰性だった。また前医での診断は1例が細菌性赤痢の疑い、3例が潰瘍性大腸炎と診断され治療を受けていたが、ステロイド剤は投与されていなかった。診断は症例2と抗体法で証明した症例4を除いて、6例に粘血(便)の鏡検で運動性のある赤血球を

貪食した赤痢アメーバの栄養型(Fig. 2 a, b)または嚢子を認めた(6/8例, 75%)。また症例3以降の計6例に生検を実施して、粘血便鏡検で陽性であった4例(67%)すべてにH.E.標本でも原虫を認めたが、それぞれ生検個数3~4個のうち1個にのみ陽性であり、生検片からの検出率は低かった。アメーバ性大腸炎の内視鏡所見としては、いずれも直腸に比較的限局して病変を認めた。すべてその口側端までは観察している。しかしtotal colonoscopyを行ったのは、症例6と最後の症例8のみで後者は盲腸にも病変を認めた。基本的な病変はびらん・潰瘍、出血、粘膜ひだの凹凸、浮腫であった。いわゆる病巣間の健常粘膜は、注意しないと程度の差こそあれ、発赤、浮腫、血液附着があり、判断が困難な例があった。そのうち、①多発性のタコ疣状・アフタ様びらんまたは潰瘍と微出血が散在性に目立つこと、②Houston弁あるいは、直腸下部(Rb)の粘膜が非常に浮腫状で凹凸し、その表面にもびらん・潰瘍があることが、比較的特徴と思われた。症例4, 5, 8の内視鏡像を呈示する。

症例4は50歳、男性で肝膿瘍を合併していたが、穿刺液から原虫は検出されなかった。肛門縁より13cmまでの直腸に半球状の小隆起が多発し、表面に粘液とびらんまたは微出血を伴っていた。また表面がややタコ疣びらんに近い像も認め、内視鏡的には典型像であった(Fig. 3 a,

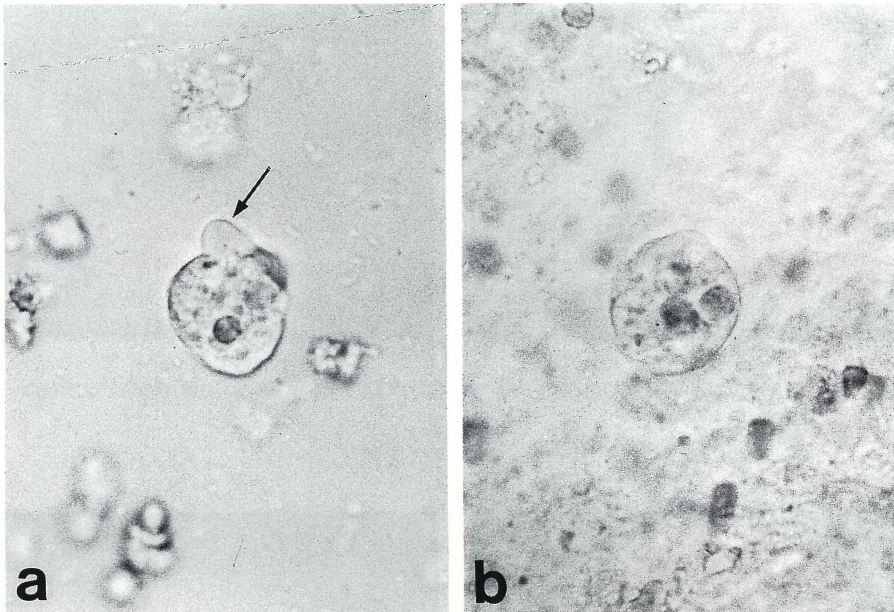


Fig. 2a,b. Microscopic view of fresh mucobloody stool shows moving trophozoites of *Entamoeba histolytica* in case 6. Degenerated erythrocytes are phagocytosed (← : Pseudopod) (×685).

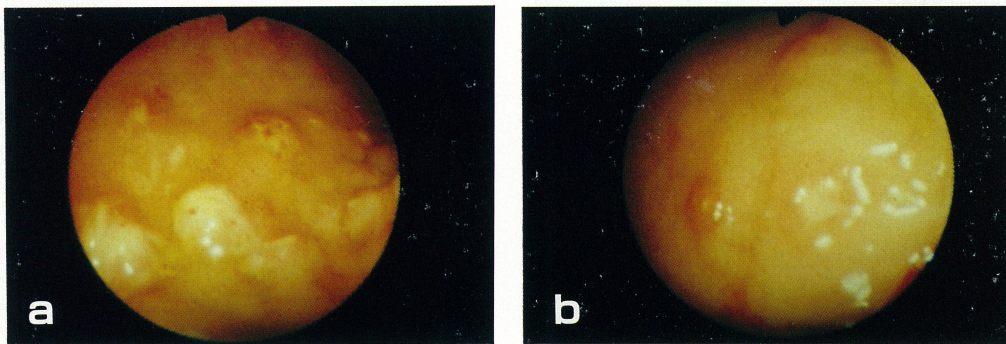


Fig. 3a. Multiple lesions covered with mucus and bloody spots are slightly elevated in case 4.  
b. Varioliform ulcer

b)が、同部からの生検組織や粘血便からも赤痢アメーバは検出されず、抗体法で診断された。

症例5は51歳、男性で、1年前に発症し今回再発した例である(初発時の内視鏡像では肛門縁より20 cmまでの直腸に出血、びらん、発赤を散在性に認めた)。再発時 Rb の第1 Houston 弁の粘膜に浮腫状の凹凸不整と小びらんを認め、一部に吸盤状びらんも認めた(Fig. 4 a, b)。同

部の生検組織でアメーバ原虫を検出した。

症例8は68歳、男性で肛門から入ってすぐの第1 Houston 弁近くの粘膜が凹凸不整で微出血を認める。25 cmまでの直腸には、散在性にアフタ様びらんと粘液付着、点状出血を認め、健常粘膜もみた(Fig. 5 a, b, c)が、それより口側はS状から上行結腸まではほとんど正常であった。しかし盲腸に不整なアフタ様潰瘍を多発性

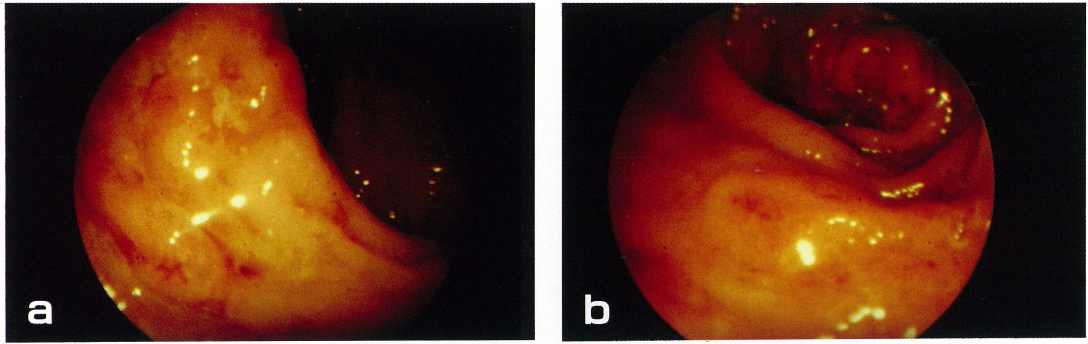


Fig. 4a. Uneven edematous mucosa with hemorrhagic erosions in the first Houston's valve in case 5.  
b. Erosion with circumferential edema

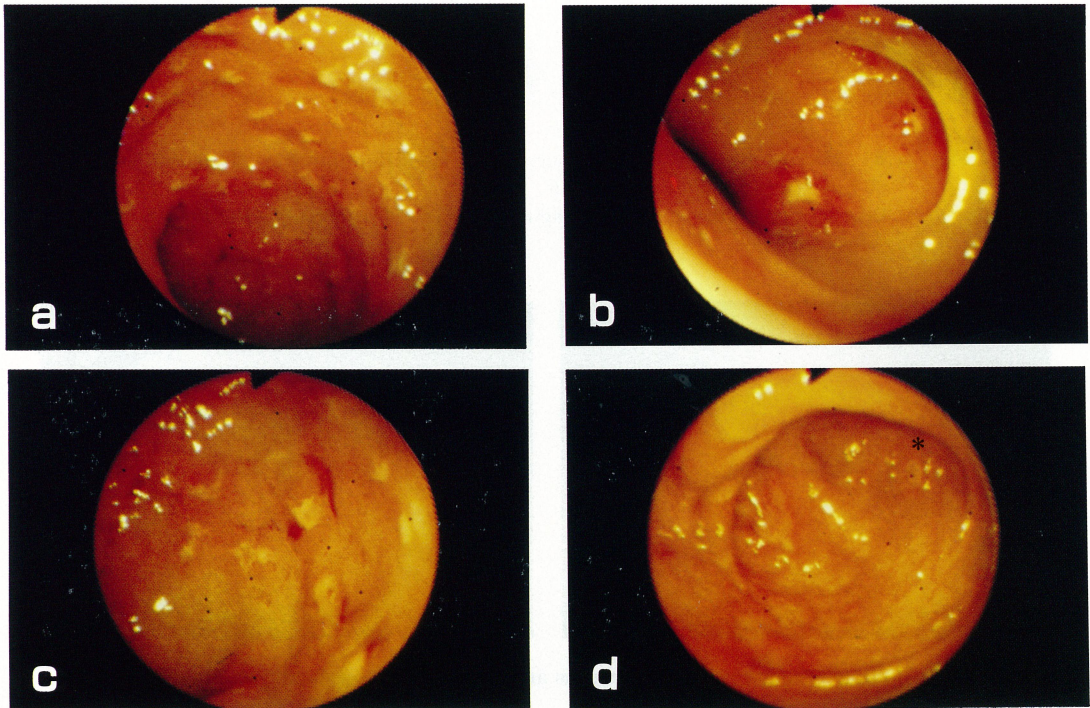


Fig. 5a, b, c. Multiple aphthoid ulcers are scattered in the rectum in case 8. Intervening mucosa of them is almost intact.  
d. Very shallow ulcers are seen in the cecum (Ileocecal valve is above). A biopsy specimen was taken from a small ulcer (\*) in the upper right corner.

に認め(Fig. 5 d), 右上の小さな楕円形病変(\*印)からの生検で、壊死組織の中に、多数のアメーバ原虫を認めた(Fig. 6). 本例でも特徴的と思われた直腸病変からの4個の生検組織(そ

のうち2個はそのまま鏡検)では原虫を認めなかった.



Fig. 6. A cluster of protozoa with distinct nucleus, not erythrocyte, is seen (H.E.×190).

## 考 察

アメーバ性大腸炎は赤痢アメーバの成熟型嚢子<sup>8)</sup>に汚染された食物や飲料水を経口摂取した結果、原虫が盲腸や上行結腸に寄生することで成立する。発症経路をみると、①戦時中外地に居住して粘血便の既往のあるものは新たな感染というより、キャリアーとしてまたは慢性化してほとんど無症状に経過していたが体力・免疫能低下を来して、再燃したと考えられる。進行癌の末期状態や放射線治療・制癌剤投与中に激症型で再燃した例<sup>9),10)</sup>が報告されている。

②近年の海外ブームで、蔓延している熱帯・亜熱帯地方に居留・旅行して持ち帰ったいわゆる輸入感染症型の患者は増えてくると思われる。

③AIDSの合併症としての赤痢アメーバ症<sup>11)</sup>は本邦ではまだ少ないと思われるが、男性同性愛者に本症の報告例が増加している。④国内感染例は半数以上<sup>6)</sup>を占めるが、堀<sup>12)</sup>による関東地方の疫学調査で0.8%に嚢子が検出されており、国内嚢子保有者からの感染例を含み、今後、臨床レベルでも本症の診断に、Sargeantらの方法によるHK、PGM酵素などのアイソザイムによるzymo-demeの分析が必要である。<sup>13),14)</sup>

症状としては種々の程度の粘血便、下痢、腹痛が認められたが、潰瘍性大腸炎と診断、治療を受けていた例が3例あり、便鏡検の重要性を強調したい。また診断が遅れた例や、潰瘍性大腸炎と診断されステロイドの投与を受けた潰瘍穿孔により死亡した例の報告<sup>15),16)</sup>もある。激症

例では穿孔性腹膜炎の形で発見された例<sup>17)</sup>もある。

本症の診断は *Entamoeba histolytica* の栄養型か嚢子を証明することである。粘血便の鏡検が一番重要であるが、実際にはその前に大腸癌や潰瘍性大腸炎を疑って大腸内視鏡検査が行われていることが多い。しかし通常の大腸検査のための前処置が行われていると粘液が洗い流されて原虫が検出しにくくなる可能性が強く、本症を疑った場合は下痢例では無処置で、普通便ではグリセリン浣腸のみで観察するのがよいと思われる。病変部位として直腸にほとんどの例で病変がある。まれに直腸は正常で盲腸のみ<sup>18)</sup>や、直腸・S状結腸病変と盲腸病変等、非連続性に広がった例<sup>4)</sup>が報告されている。潰瘍性大腸炎との鑑別は内視鏡的には難しく、<sup>19)</sup>ステロイド治療は症状を増悪させるので、<sup>15),16)</sup>外来初診時には必ず新鮮粘血便を保温下に鏡検<sup>20)</sup>する必要がある。しかし鏡検は熟練、十分な注意力と根気を要する<sup>7)</sup>ので、陰性でも日を変えて2～3回、アメーバ赤痢を疑った場合は4～5回は便の鏡検を行うことが必要である。検体は排便後30分～1時間以内に提出して2時間以内<sup>1),5)</sup>に鏡検すべきであり、内視鏡時の直腸内容を吸引採取して鏡検するのもよい。多発性のタコ疣びらんと健常粘膜など、特徴的な所見を呈する例では内視鏡検査だけで十分本症を疑えるが、症例4のように直腸の特徴的びらん性病変からでも2～3個の生検では検出されないことがあり、アメーバ赤痢を疑っても陰性の場合、繰り返し便の鏡検、内視鏡下の組織検査を行うべきであろう。その際、びらん・潰瘍の粘液を含む白苔部<sup>4)</sup>または辺縁部<sup>5),17),20)</sup>を最低5～6個は生検する方法がよいとされ、我々はさらに一部をそのまま鏡検にも利用している。注腸X線検査<sup>19),21)</sup>は我々の例では行っていないが、その検査だけでアメーバ性大腸炎と診断するのは困難である。本症の内視鏡的検討は宮岡ら<sup>22)</sup>が詳しく、タコ疣、点状出血、円形小潰瘍、浮腫状粘膜肥厚が基本的特徴所見と述べ、本症の病変と進展経過を図式化している。とくに粘液や血液

の付着したタコ疣を探しだすのが診断の近道としているが、我々の内視鏡像の検討でも同様であった。血清学的診断法は各地方の大学病院の寄生虫学教室に依頼すれば、実施している教室を紹介してくれる<sup>2)</sup>が、まず便の鏡検を繰り返し行う必要がある。本症と診断し、発熱、腹部の鈍痛など肝膿瘍の合併が考えられた場合、腹部超音波検査が有用である。

治療<sup>23), 24)</sup>としては有症患者には metronidazole (フラジール), tinidazole (ファシジン) の

経口投与(1~2週間)が非常に有効であるが、耐性例<sup>25)</sup>では、塩酸エメチン投与が必要とされている。

### おわりに

本院内視鏡センターで診断したアメーバ性大腸炎の8例について主に診断と内視鏡的検討を報告し、その診断にはまず糞便検査、そして内視鏡検査、内視鏡下の生検、血清学的検査の併用を行ってきたことを報告した。

### 文 献

- 1) 浅見敬三, 竹内 勤: アメーバ赤痢の現況. 感染症 6: 121-132, 1976
- 2) 竹内 勤: 赤痢アメーバ症一疫学, 診断に関する最近の知見. 医のあゆみ 147: 423-426, 1988
- 3) 高田季久: 赤痢アメーバ症. 最新医 44: 730-736, 1989
- 4) 宮岡正明, 木下 剛, 陳 培欽, 窪田良彦, 勝亦重弘, 堀向文憲, 杉本伸彦, 竹下俊隆, 松本英一, 沖田 秀二, 佐々木公夫, 林 正之, 斉藤利彦, 芦澤真六: アメーバ性大腸炎の臨床. 特に内視鏡的検討を中心に. Gastroenterol. Endosc. 26: 1512-1521, 1984
- 5) 佐々木俊輔, 岩野瑛二, 大林直嗣, 丸谷盛雄, 三宅 周, 安原高士, 河野 宏, 荒木文雄, 西元裕子: 慢性型腸アメーバ症の1例. 医療 41: 1060-1063, 1987
- 6) 厚生省大臣官房統計情報部: 昭和63年伝染病統計. 東京, 厚生統計協会. 1990, p. 23
- 7) 大川清孝, 北野厚生, 小嶋昭重, 福島龍二, 岡部 弘, 加島和俊, 中村志郎, 押谷伸英, 橋村秀親, 日置 正人, 松本誉之, 小林絢三: アメーバ性大腸炎一自験24例の臨床的検討一. Gastroenterol. Endosc. 31: 65-75, 1989
- 8) 竹内 勤, 奥沢英一: 赤痢アメーバ症と自由生活性アメーバ感染症. 臨床医 16: 298-302, 1990
- 9) 川口研二, 小池盛雄: アメーバ赤痢. 病理と臨 2: 251-255, 1984
- 10) 山下智省, 児玉隆浩, 沼 義則, 柳原照生, 西村秀男, 亀井敏昭, 竹本忠良: Fulminant amoebic colitis の1剖検例. Gastroenterol. Endosc. 30: 421-425, 1988
- 11) 高田季久: 赤痢アメーバ症. 医のあゆみ 144: 590-592, 1988
- 12) 堀柴太郎: 関東地方における腸管寄生原虫の疫学的調査. 寄生虫誌 14: 6-14, 1965
- 13) Sargeant, P. G.: The reliability of Entamoeba histolytica zymodemes in clinical diagnosis. Parasitology Today 3: 40-43, 1987
- 14) Weinke, T. H., Friedrich-Jänicke, B. and Janitschke, K.: Bedeutung von Entamoeba histolytica bei Tropenrückkehrern. DMW 113: 678-682, 1988
- 15) 谷村 晃, 小松良治, 徳永 蔵, 長 卓徳, 松阪征夫, 吉田正樹: 大腸全域にわたる広範囲な潰瘍を形成したアメーバ赤痢の一剖検例. 最新医 34: 1070-1073, 1979
- 16) 安達 弘, 吉田睦広, 松野喜六, 杉原恒臣: 急性アメーバ赤痢の1剖検例. 松仁会誌 15: 93-103, 1976
- 17) 北村和也, 桑田克也, 佐々木義文, 石川 孝, 蒲池正浩, 渡辺信介, 小林忠男: 激症型アメーバ性大腸炎の1例. 臨外 40: 439-442, 1985
- 18) 林 繁和, 江崎正則, 中村常哉, 佐竹立成: 盲腸に局限してみられた赤痢アメーバ症の1例一症例報告と最近10年間における本邦81例の検討一. Gastroenterol. Endosc. 25: 1392-1399, 1983
- 19) 徳毛健治, 忌部 明, 吉原正治, 関藤雅喜, 徳富 正, 稲葉義郎, 豊島 仁, 大越裕章, 木村 学, 福原 一作, 村上信三, 春間 賢, 隅井浩治, 梶山悟朗, 藤原 恵: 大腸粘膜生検によって診断された大腸赤痢

アメーバ症の1例. 第9回中国・四国腸疾患研究会報告集 1988, pp. 73-78

- 20) 矢野健一：注目されている感染症. 国際化に伴う輸入原虫症. 臨検 33 : 532-539, 1989
- 21) 勝亦重弘, 木下 剛, 陳 培欽, 窪田良彦, 堀向文憲, 竹下俊隆, 宮岡正明, 松本英一, 斉藤利彦, 芦澤真六：アメーバ性大腸炎のX線診断. 大腸肛門誌 39 : 121-127, 1986
- 22) 宮岡正明, 高瀬雅久, 白鳥泰正, 堀向文憲, 竹下俊隆, 松本英一, 斉藤利彦, 芦澤真六, 大曾根 卓, 円岡 寿, 林 正之, 杉浦弘和：アメーバ性大腸炎の内視鏡的検討. 消内視鏡の進歩 30 : 54-58, 1987
- 23) 藤田紘一郎：アメーバ症. 日臨 (春季臨時増刊号) 43 : 807-809, 1985
- 24) 戸谷徹造, 前野芳正, 中村 治：最近の赤痢アメーバ症について. 現代医 36 : 111-116, 1988
- 25) 牧山和也, 末長正弘, 江口政則, 季 聡哲, 福田博英, 原口増穂, 森理比古, 田中義人, 中村憲章, 原耕平, 関根一郎, 森 章夫, 藤田紘一郎, 今西建夫, 川元 充：多彩な内視鏡所見を呈し, metronidazole と tinidazole 耐薬性であったアメーバ性大腸炎の1例. 胃と腸 20 : 93-98, 1985